**ARRÊTÉ DE MISE EN CONGÉ AVEC TRAITEMENT**

**- POUR ACCIDENT DU TRAVAIL OU POUR**

**MALADIE PROVENANT D'UNE CAUSE EXCEPTIONNELLE -**

**(fonctionnaires IRCANTEC ≤ 28 heures)**

**DE Mr(Mme**) ...................................................................................

**DANS LE GRADE DE** .....................................................................

*(ou si - de 17h30)*

**DANS L'EMPLOI DE** .....................................................................

Le Maire (ou le Président) de .......................................................................................................................

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires,

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

**Vu le Code de la Sécurité Sociale,**

Vu le certificat médical en date du ................................. constatant l'accident de travail survenu le ...........................ou la maladie professionnelle constatée le…………………., à M.(Mme) ..........................................................................., en qualité de .............................................................................................,

Considérant que l’accident (ou la maladie professionnelle) a été reconnu(e) imputable au service par le médecin-conseil de la Sécurité Sociale,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

Mr(Mme) .........................................................................................., (nom de jeune fille) ..............................................................., détenant le grade de ou l'emploi de .............................................................................................. est placé(e) en congé pour accident du travail ou maladie professionnelle[[1]](#footnote-1), à compter du..................................... ou du ……… au ……………….

**Article 2 :**

Pendant la durée du congé, Mr(Mme) .................................................................................................. conserve l'intégralité de son traitement. **(2)**

**Article 3 :**

Le Secrétaire Général (ou le Directeur Général) est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :

- Notifié à l'intéressé(e).

**Ampliation adressée au** :

- Président du Centre de Gestion

- Comptable de la collectivité

Fait à ................................................, le .....................................

**Le Maire (ou le Président**), Le Maire (ou le Président)

- Certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,

- Informe que le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

**Notifié le**  .............................................................................

**Signature de l'agent**

1. *Les fonctionnaires ont droit à un congé pendant toute la période d'incapacité de travail jusqu'à la guérison complète, mais le bénéfice de l'intégralité du traitement est toutefois limité à 3 mois. Au-delà de cette période, les fonctionnaires concernés perçoivent les seules indemnités journalières du régime général de la Sécurité Sociale.* [↑](#footnote-ref-1)